

Ф.А. Фомин, А.А. Кирпиченко

Диагностика и коррекция  
аффективных нарушений у  
пациентов с желчнокаменной  
болезнью

Витебск 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

**Ф.А. Фомин, А.А. Кирпиченко**

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У  
ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Методические рекомендации

Витебск, 2018

УДК 616.366-003.7-08-07:616.891(072)

ББК 56.145.6я73+54.135.2,43я73

Ф 76

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным учебно-методическим Советом Витебского государственного медицинского университета (Протокол № 4 от 23.04.2018 г.).

Рецензент: доцент кафедры неврологии и нейрохирургии, к.м.н., доцент А.А. Пашков

**Фомин, Ф.А.**

Диагностика и коррекция аффективных нарушений у пациентов с желчнокаменной болезнью: методические рекомендации /Ф.А. Фомин., А.А. Кирпиченко – Витебск 2018. – 26с.

В методических рекомендациях излагаются патогенез, диагностика и основные методы коррекции аффективных нарушений у пациентов с желчнокаменной болезнью.

Предназначены для студентов медицинских ВУЗов, магистрантов, аспирантов, ординаторов, слушателей факультетов повышения квалификации, практикующих врачей.

УДК 616.366-003.7-08-07:616.891(072)

ББК 56.145.6я73+54.135.2,43я73

© Фомин Ф.А., Кирпиченко А.А., 2018

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Особенности психопатогенеза при желчнокаменной болезни</b>	<b>4</b>
<b>Клинический уровень расстройств аффективной сферы</b>	<b>7</b>
<b>Доклинический уровень аффективных нарушений</b>	<b>7</b>
<b>Диагностика нарушений аффективной сферы</b>	<b>8</b>
<b>Коррекция доклинического уровня аффективных нарушений</b>	<b>11</b>
<b>Литература</b>	<b>16</b>
<b>Приложения:</b>	
<b>Приложение 1. Диагностика уровня тревожности</b>	<b>19</b>
<b>Приложение 2. Диагностика уровня депрессии</b>	<b>21</b>
<b>Приложение 3. Диагностика суицидальной напряженности</b>	<b>24</b>
<b>Приложение 4. Диагностика стратегий совладания со стрессовой ситуацией</b>	<b>25</b>

### **Особенности психопатогенеза при желчнокаменной болезни**

При исследовании общей выборки хирургических пациентов частота выявления клинически значимого эмоционального дистресса в предоперационном периоде достигает 38% [1]. Психологические особенности приводят к изменению психовегетативного статуса, определяют высокий уровень тревожности и невротизма, являются одним из этиопатогенетических факторов возникновения функциональных расстройств билиарного тракта, хронического бескаменного холецистита и желчнокаменной болезни [2].

Для пациентов с бескаменным холециститом характерны: пассивная жизненная позиция, пессимистичность оценки своих возможностей, эмоциональная лабильность, слезливость, склонность к избыточной драматизации событий, выраженная вегетативная реакция при стрессовых ситуациях [3]. Для пациентов с желчнокаменной болезнью характерен внутриличностный конфликт, который заключается в одновременном наличии высокого уровня притязаний, высокой поисковой активности, а также неуверенности в себе и быстрой истощаемости. Также у пациентов наблюдается поведенческий конфликт принятия ответственности за происходящее в стрессовой ситуации с одновременным стремлением психологически дистанцироваться от проблемы [4].

Желчнокаменная болезнь является заболеванием не только нарушающим функциональные возможности организма, но и значительно снижающим качество жизни. На основании анализа психоэмоциональных нарушений было выявлено, что у пациентов с ЖКБ частота болевого синдрома составляет - 90,7%, диспепсического синдрома - 70,9%, астено-невротического синдрома - 72,6% [5].

Установлена корреляционная зависимость между степенью болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, показателями тревожности,

депрессии, экстраверсивности, уровнем образования, наличием в анамнезе хронических болевых синдромов, а так же патологическим эмоциональным фоном [6]. В тоже время, наличие интроверсивных черт характера влияет на сохранение болевого синдрома в течение года после оперативного лечения [7]. У пациентов с алекситимией выявлены более яркие симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта. Такие пациенты чаще подвержены психологическому дистрессу чем те, у кого не выявлено алекситимии [8].

Также известно, что у женщин эмоциональные факторы чаще приводят к осложнению течения ЖКБ, чем у мужчин [9,10]. Факторами риска возникновения аффективных нарушений при ЖКБ являются: молодой возраст, низкий уровень социальной поддержки и образования, избыточная масса тела [11]. У молодых пациентов психосоматические взаимоотношения носят симптоматический характер и у них преобладают смешанный и диффузный типы отношения к болезни. У пациентов старшего возраста, психосоматические реакции носят заместительный или коморбидный характер, а также увеличивается доля очерченных типов отношения к болезни [12,13,14].

Существует прямая зависимость клинических проявлений гастроинтестинальной патологии от выраженности психотравмирующих факторов производственного, медицинского, семейно-бытового плана. Наиболее частой причиной коморбидного состояния является высокая психоэмоциональная нагрузка на рабочем месте (42%), конфликты (33%), неудовлетворенность материальным положением (21%), потеря близкого человека (4%). Гастроинтестинальные расстройства более чем в половине случаев манифестируют на фоне уже сложившейся психической патологии [15].

Среди самых распространенных причин эмоционального напряжения накануне лапароскопической холецистэктомии выделяют: отсутствие уверенности в улучшении состояния после лечения (90%), переживания в

связи с неэффективностью консервативного лечения (82%), страх утраты работоспособности (82%), страх болевого синдрома и смерти (73%), при этом в послеоперационном периоде частота данных страхов снижается незначительно [16].

У пациентов с желчнокаменной болезнью, поступивших по экстренным показаниям, в отличие от пациентов поступающих для плановой операции, отмечается беспокойное поведение без возможности выделить причину тревоги. На 10-е сутки после операции, накануне выписки, у пациентов значительно возрастает психоэмоциональное напряжение, это связано с необходимостью адаптации к социальным и бытовым условиям в неустойчивом, болезненном состоянии. Наличие сопутствующих заболеваний влияет большую дисгармоничность личностного профиля [15].

У пациентов после лапароскопической холецистэктомии обнаружены вегетативная и координаторная дисфункция и пирамидная недостаточность, более выраженные в старшей возрастной группе. Когнитивные нарушения, проявляющиеся в нарушениях внимания, слухоречевой и зрительной памяти, выявляются у 39% пациентов, нарастая в послеоперационный период и регрессируя к 30-33 дню после оперативного вмешательства [17]. Доля пациентов с депрессивными проявлениями до операции составляет примерно 62%, а после операции, при почти двукратном снижении частоты выявления депрессивного синдрома, восстановление функционирования когнитивных систем не наблюдается [18]. Негативные показатели эмоционального личностного статуса отрицательно сказываются на ход выздоровления и восстановления качества жизни. После холецистэктомии возвращение диспептических и билиарных симптомов происходит в 63,2% случаев, при этом факторами повышающими риск возвращения симптомов служит наличие выраженного тревожного расстройства.

### **Клинический уровень расстройств аффективной сферы**

У пациентов с желчнокаменной болезнью нарушения психической сферы могут достигать клинического уровня, в этом случае рекомендуется выставление соответствующего диагноза из диагностической рубрики «F» МКБ-10 и проведение лечения согласно клиническому протоколу оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2010 №1387).

Перечень психических расстройств для дифференциальной диагностики:

**F06.3 Органические расстройства настроения [аффективные]**

**F06.4 Органическое тревожное расстройство**

**F06.6 Органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство**

**F41 Другие тревожные расстройства**

**F42 Обсессивно-компульсивное расстройство**

**F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации**

**F44 Диссоциативные [конверсионные] расстройства**

**F45 Соматоформные расстройства**

**F48 Другие невротические расстройства**

**F51 Расстройства сна неорганической этиологии**

**F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках**

**F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные**

### **Доклинический уровень аффективных нарушений.**

В тоже время показатели тревоги, депрессии и других аффективных нарушений могут не достигать клинически значимого уровня тем не менее



оказывая значительное негативное влияние на течение, лечение и восстановление после желчнокаменной болезни. У пациентов с ЖКБ до операции и в послеоперационном периоде в условиях стационара могут быть диагностированы следующие проявления нарушений аффективной сферы: тревожность, угнетение настроения, внезапные перепады эмоционального состояния, вегетативные нарушения без соматического субстрата, навязчивые страхи, нарушения сна, суебливость, мнительность, невозможность сконцентрироваться, чувство усталости и истощения без предшествующей физической нагрузки. Данные нарушения могут высказываться спонтанно при осмотре лечащим врачом, при сборе анамнеза, во время психиатрического интервью, выражаться невербально или посредством оценки объективного психического статуса пациента. С целью более узкой диагностики рекомендуется использование психодиагностических методик для определения уровня тревожности, депрессии, уровня стрессовой нагрузки и стратегий совладения со стрессом.

### **Диагностика нарушений аффективной сферы**

#### **Диагностика уровня тревожности**

Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

Профиль для заполнения выдается пациенту и предоставляется инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.»

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80

баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

до 30 баллов - низкая,

31 - 44 балла - умеренная;

45 и более - высокая.

Бланк опросника в Приложении 1.

### Диагностика уровня депрессии

Шкала депрессии Гамильтона (англ. Hamilton Rating Scale for Depression, сокр. HRDS) представляет собой одну из самых распространённых и общепринятых методик клинической диагностики депрессии и оценки динамики состояния пациента. Методика включает основные пункты, составляющие депрессивный симптомокомплекс: настроение, вина, суицидальные намерения, ранняя, средняя и поздняя бессонница, работоспособность, заторможенность, ажитация, психическая тревога, соматическая тревога, желудочно-кишечные симптомы, общесоматические симптомы, генитальные симптомы, ипохондрия, потеря веса, критика к болезни. Шкала рассчитана на заполнение врачом специалистом на основании объективной оценки аффективной сферы.

Оценивается суммарный балл полученный по 17 пунктам.

0-7 - норма

8-13 - легкое депрессивное расстройство

14-18 - депрессивное расстройство средней степени тяжести

19-22 - депрессивное расстройство тяжелой степени

более 23 - депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести.

Бланк опросника в Приложении 2.

### Диагностика уровня суицидального риска

Шкала оценки риска суицида (ШОРС, The Sad Persons Scale) - предназначена для экспресс-диагностики суицидального риска. Оценивается наличие стрессовых факторов у пациента.

- От 0 до 2 баллов свидетельствует о низком риске суицида и предполагает возможность амбулаторного наблюдения пациента;
- 3-4 балла свидетельствует о среднем риске суицида и говорит о необходимости частых встреч клинициста с обследуемым (1-3 раза в неделю) в случае амбулаторного наблюдения, либо о рассмотрении варианта госпитализации;
- 5-6 баллов говорит о высоком риске суицида и предполагает госпитализацию пациента, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении;
- 7 баллов и выше означает очень высокий риск суицида и требует обязательной госпитализации (в том числе и принудительной).

Бланк опросника в Приложении 3.

### Диагностика стратегий совладания со стрессовой ситуацией

Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса предназначен для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности - копинг-стратегий.

Полученные данные оцениваются в соответствие с ключом сырых баллов

Конфронтационный копинг - пункты: 2, 3, 13, 21, 26, 37.

Дистанцирование - пункты: 8, 9, 11, 16, 32, 35.

Самоконтроль - пункты: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50.

Поиск социальной поддержки - пункты: 4, 14, 17, 24, 33, 36.

Принятие ответственности - пункты: 5, 19, 22, 42.

Бегство-избегание - пункты: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47.

Планирование решения проблемы - пункты: 1, 20, 30, 39, 40, 43.

Положительная переоценка - пункты: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

Напряжение копинга оценивается по формуле  $X = \text{сумма баллов} / \text{max балл шкалы} * 100$ . Значение ниже 33 оценивается как редкое использование соответствующей стратегии, значение выше 67 как выраженное предпочтение соответствующей стратегии совладание со стрессом.

Бланк опросника в Приложении 4.

### **Коррекция доклинического уровня аффективных нарушений**

Немедикаментозную коррекцию аффективных нарушений, возникших у пациентов с желчнокаменной болезнью следует начинать с проведения интервью, собирая анамнестические данные и выявляя конкретные субъективные причины тревожно-депрессивного состояния и осуществлять психотерапевтические интервенции в соответствии с выявленными нарушениями. Психотерапевтическая коррекция осуществляется в формате индивидуального консультирования длительностью 45-90 минут, с периодичностью 1 раз в два дня.

Таблица 1. Рекомендуемые к применению виды психотерапевтических интервенций.

Наименование психотерапевтической интервенции	Показания к применению	Время проведения	Длительность проведения	Ожидаемый результат
Мотивационное интервьюирование	Низкий уровень заинтересованности в лечении и соблюдении назначений	До операции, после операции	1 сеанс	Повышение уровня сотрудничества с врачом касательно своего здоровья
Рациональная психотерапия	Иррациональные идеи по поводу лечения и восстановления	До операции, после операции	1-5 сеансов	Переосмысление взглядов на лечение и восстановление. Улучшение комплаенса
Проекция будущего	Тревога и депрессия, связанные с	До операции	1 сеанс	Снижение уровня тревоги и депрессии

	катастрофизацией переживаний об успешности лечения и восстановления в дооперационный период			
Тренинг контроля тревоги	Выраженная, неконтролируемая субъективная или объективно оцениваемая тревога	До операции, после операции	3-5 сеансов	Снижение уровня субъективно выражаемых и объективно оцениваемых признаков тревоги; повышение возможности пациента контролировать тревожное состояние
Нервно-мышечная релаксация по Джекобсону	Фокусировка пациента на соматических компонентах тревоги	До операции, после операции, после выписки	3-5 сеансов	Снижение уровня тревоги; аутогенная инициация проведения техники
Кризисный дебрифинг	Тревожные и депрессивные нарушения в ближайший послеоперационный период	После оперативного лечения	1 сеанс	Эмоциональное отреагирование стрессовой ситуации; снижение уровня тревоги и депрессии

Мотивационное интервьюирование - это техника консультирования, в которой специалист является проводником изменений и выражает принятие клиента. Целью консультирования является создание сомнения во внутреннем взгляде человека, что выбранный образ жизни позволит и дальше реализовывать его актуальные потребности. Специалист разбирает с клиентом ситуацию, в которой последний оказался, и потенциальные варианты ее развития. Для этого используются: открытые вопросы (на которые клиент не может просто ответить «да» или «нет»), активное (рассуждающее) слушание, обобщения того, что сказал клиент. На протяжении всей работы специалист регулярно обращает внимание пациента

на необходимость взятия ответственности за его собственную жизнь, рассматривая вместе с ним негативно и позитивно окрашенные переживания касающиеся ситуации, в которой он оказался и постепенно проходит с ним этапы готовности к изменению [19].

Рациональная психотерапия - суть методики заключается в коррекции неадаптивного представления о своей болезни, которое формируется под влиянием пережитого опыта, личностных характеристик пациента, грандиозных переживаний катастрофического характера заболевания, взглядов на свое здоровье в целом [20]. Методика непосредственно эффективна для изучения внутренней картины болезни пациента и в работе с реструктуризацией контрпродуктивных когнитивных [21].

Проекция будущего - суть метода в моделировании пациентом полной цепи ожидаемы катастрофических последствий травматической ситуации. В ходе осуществления методики выявляются непереносимые переживания (тревога, ужас, отчаяние и тд.), предоставляя возможность для их проработки, а также изменение неадаптивных схем развития предстоящих событий через рациональные методы психотерапевтической коррекции [22].

Тренинг контроля тревоги – суть проводимой методики заключается в научении человека использованию чувства тревоги как сигнал к мышечной релаксации. При работе с пациентом психотерапевт использует наиболее распространенные труднопереносимые воображаемые ситуации с целью подготовки к стрессу. Наибольшая эффективность методики наблюдается среди людей у которых есть сложности в мобилизации в стрессовых ситуациях для принятия спокойного решения вследствие чрезмерной тревоги [23].

Нервно-мышечная релаксация - это система специальных упражнений для расслабления различных групп мышц и снятия фокуса внимания с телесных проявлений. Целью этого метода является снятие мышечного гипертонуса, который напрямую связан с различными формами негативного

эмоционального возбуждения: страх, тревожность, депрессию, истощение. Про проведении нервно-мышечной релаксации дается указание сфокусироваться на напряжении мышц и, особенно, на процессе их расслабления. Кратность, цикличность и систематичность проведения метода позволяют потенцировать положительный эффект за счет системности подхода и позволяет обучить пациента дальнейшей аутогенной инициации проведения [24].

Кризисный дебрифинг одноразовая слабоструктурированная психологическая беседа с человеком, пережившим ситуацию крайне высокого стресса. Целью дебрифинга является снижение актуальности психологического ущерба путём прояснения человеку, что с ним произошло и выслушивания его переживаний. Использование дебрифинга позволяет предотвратить развитие посттравматического стрессового расстройства и снизить уровень личностной тревожности благодаря легализации переживаний связанных с операцией [25].

С целью проведения фармакологической коррекции аффективных нарушений, возникших у пациентов с желчнокаменной болезнью целесообразно использовать следующие лекарственные средства, в соответствии с показаниями и противопоказаниями:

Таблица 2. Рекомендуемые к применению лекарственные средства.

Наименование ЛС	Показания к применению	Дозировка	Кратность применения	Длительность назначения
Тофизопам	Умеренно выраженный страх, апатия, эмоциональные колебания с вегетативной симптоматикой, вторичные невротические симптомы	50-200 мг/сутки	1-2 раза в сутки (утро, день)	14 дней
Карбамазепин	Внезапные необоснованные перепады настроения,	200-600 мг/сутки	1-3 раза в сутки	30 дней

	нарушения сна обусловленные тревогой или депрессией		(утро, день вечер)	
--	--	--	-----------------------	--

У взрослого человека наличие тех или иных признаков психосоматической или соматопсихической уязвимости может в значительной степени отрицательно сказаться при работе в условиях воздействия профессиональных вредностей: отчетливо выявляются все непроработанные внутриличностные конфликты; патологические эмоциональные реакции; кроме того, могут проявиться соматоформные расстройства. Здесь особенного внимания заслуживают вопросы профилактики перегрузок и нарушений техники безопасности при умственной работе (перерывы, проветривание кабинетов, соответствие компьютерных мониторов гигиеническим нормам и т. д.). Отдельное место стоит отвести психогигиене целью которой является предотвращение нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций (психогений).

Коррекция аффективных нарушений у пациентов предполагает высокую вариативность и разнообразие, которые обусловлены значительной полиморфностью проявлений психических процессов возникающих у пациентов с желчнокаменной болезнью. Однако неоспоримым фактом остается то, что коррекция этих явлений позволяет улучшить ход лечения и реабилитации этих пациентов.



## Литература

1. Bridging Intervention in Anaesthesiology: First results on treatment need, demand and utilization of an innovative psychotherapy program for surgical patients / L. F. Lange [et al.] // Clin Health Promot, 2011. - Vol. 1. - P.41-49.
2. Индексы регуляторных систем вегетативной нервной системы у пациентов с желчнокаменной болезнью до и после холецистэктомии / Е. Ю. Плотникова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Приложение - Кемерово, 2007. - Том 17. - С.107.
3. Золотухина, В.Н. Хронический бескаменный холецистит и желчнокаменная болезнь у женщин (клинико-психологические особенности, качество жизни и комплаенс): Автореф. дисс. к.м.н. - Барнаул, 2012. - 24 с.
4. Кирпиченко, А.А. Психологические особенности пациентов с желчнокаменной болезнью после оперативного лечения / А.А. Кирпиченко, Ф.А. Фомин // Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2017. - Т. 16, № 5. - С. 96-104
5. Белобородова, Э. И. Вегетативные и психосоматические расстройства при заболеваниях органов пищеварения / Э.И. Белобородова, Л.А. Ласточкина, Е.Ю. Плотникова Е. Л. Наумова - Кемерово, 2004. -144 с
6. Бордин, Д. С. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Д. С. Бордин, Е. С. Мазур, Г. С. Беляева // Тер. арх. - 2000. - Т. 72, № 2. - С. 15 - 16.
7. Taenzer, P. Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements / P. Taenzer, R. Melzack, M. E. Jeans // Pain, 1986. - Vol. 24(3). - P.331-342.
8. Characteristics and prediction of early pain after laparoscopic cholecystectomy / Bisgaard T. [et al.] // Pain, 2001. - Vol. 90(3). - P. 261-269.
9. Geissler, P. Psychosomatic aspects of gallstones: a test psychological study of female gallstone patients with clinical symptoms in comparison with a

- psychoanalytic study of gallstones / P. Geissler // Z Psychosom Med Psychoanal, 1981. - Vol. 27. - P. 263-274.
10. Increased risk of depressive disorder following cholecystectomy for gallstones [Electronic resource] / M. C. Tsai [et al.] // PLoS One, 2015. - Vol. 10. - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18083678>. - Date of access: 2.4.2017.
  11. Risk Factors for Perioperative Anxiety in Laparoscopic Surgery [Electronic resource] / A. A. Ay [et al.] // JSLS, 2014 - Vol. 18 (3). - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154400/>. - Date of access: 31.3.2017.
  12. Автореферат и диссертация по медицине (14.00.47) на тему: Психосоматические соотношения при дискинезиях желчевыводящих путей / Галлямова, Светлана Алимовна Москва, 2003 г.
  13. Ахмадуллина, Г. Х. Диагностика психовегетативного состояния у лиц молодого возраста с гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Г. Х. Ахмадуллина // Эксперим. и клинич. гастроэнтерол, 2002. - № 1. - С. 114.
  14. The influence of alexithymia on persistent symptoms of dyspepsia after laparoscopic cholecystectomy / P. Porcelli [et al.] // Int J Psychiatry Med, 2007. - Vol. 37. - P. 173-184.
  15. Карташова, И.Г. Психосоматические соотношения при гастроинтестинальных заболеваниях в практике / И.Г. Карташова // Бюллетень сибирской медицины, 2008. - № 3. - С. 43-50.
  16. Risk Factors for Perioperative Anxiety in Laparoscopic Surgery [Electronic resource] / A. A. Ay [et al.] // JSLS, 2014 - Vol. 18 (3). - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154400/>. - Date of access: 31.3.2017.
  17. Ласков, В.Б. Влияние эндоскопической холецистэктомии на неврологический статус, когнитивные функции и эмоциональное состояние женщин с хроническим калькулезным холециститом / В. Б.

- Ласков, И. О. Масалева // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - 2013. - Т. 113, № 3, вып. 1. - С. 9-14.
18. Масалева, И.О. Характеристика неврологического статуса и когнитивных функций у больных хроническим калькулезным холециститом до и после эндоскопической холецистэктомии / И.О. Масалева // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», 2011. - № 3. - С. 97 - 103.
  19. Wahab S. Motivational Interviewing and Social Work Practice // Journal of Social Work, 2005. - Vol. 5, No. 1, P 45-60.
  20. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского  
Психотерапевтическая энциклопедия // 3-е изд. - СПб.: Питер. - 2006. - С. 944 с.
  21. Клиническая психология. Словарь / Под ред. Н. Д. Твороговой.  
(Психологический лексикон. Энциклопедический словарь : в 6 т. / Ред.-сост. Л. А. Карпенко. Под общ. ред. А. В. Петровского ; т. 5).. - М. : ПЕР СЭ, - 2006. - С. 237.
  22. Корниенко Е. В. Методы прогнозирования и принятия решений: Учебно-методическое пособие. - Scientific magazine" Kontsep, 2012.
  23. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство. - М.; СПб.; К. Вильямс, 2006. - С. 397.
  24. Каппони, В.; Новак, Т. Сам себе психолог. - 2-е изд. - СПб.: Питер Пресс, 1996. - С. 224
  25. Решетников М. М. Особенности состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных ситуациях с витальной угрозой // Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора / Под ред. ММ Решетникова. - СПб: Восточно Европейский Институт Психоанализа. - 2004. - С. 43.

### Приложение 1. Диагностика уровня тревожности

#### Шкала ситуационной тревожности

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	4	3	2	1
2	Мне ничто не угрожает	4	3	2	1
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	4	3	2	1
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	4	3	2	1
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	4	3	2	1
11	Я уверен в себе	4	3	2	1
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	4	3	2	1
16	Я доволен	4	3	2	1
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	4	3	2	1
20	Мне приятно	4	3	2	1

## Шкала личной тревожности

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	4	3	2	1
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	4	3	2	1
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	4	3	2	1
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	4	3	2	1
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	4	3	2	1
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	4	3	2	1
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

## Приложение 2. Диагностика уровня депрессии

### 1. Депрессивное настроение.

(подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)

0- отсутствие

1- выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2- жалоба высказывается спонтанно

3- определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость)

4- пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально

### 2. Чувство вины.

0- отсутствие

1- самоуничижение, считает, что подвел других

2- чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах

3- настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности

4- вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

### 3. Суицидальные намерения.

0- отсутствие

1- чувство, что жить не стоит

2- желание смерти или мысли о возможности собственной смерти

3- суицидальные высказывания или жесты

4- суицидальные попытки

### 4. Ранняя бессонница.

0- отсутствие затруднений при засыпании

1- жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)

2- жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

### 5. Средняя бессонница.

0- отсутствие

1- жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2- многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели

### 6. Поздняя бессонница.

0- отсутствие

1- раннее пробуждение с последующим засыпанием

2- окончательное раннее утреннее пробуждение

### 7. Работоспособность и активность.

0- отсутствие трудностей

1- мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с

работой или хобби

2- утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)

3- уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности

4- отказ от работы вследствие настоящего заболевания

8. Заторможенность.

(замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

0- нормальная речь и мышление

1- легкая заторможенность в беседе

2- заметная заторможенность в беседе

3- выраженные затруднения при проведении опроса

4- ступор

9. Ажитация.

0- отсутствие

1- беспокойство

2- беспокойные движения руками, теребление волос

3- подвижность, неусидчивость

4- постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ

10. Психическая тревога.

0- отсутствие

1- субъективное напряжение и раздражительность

2- беспокойство по незначительным поводам

3- тревога, выражающаяся в выражении лица и речи

4- страх, выражаемый и без расспроса

11. Соматическая тревога.

(физиологические проявления тревоги - гастроинтестинальные - сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, сердечно-сосудистые - сердцебиение, головные боли, дыхательные - гипервентиляция, одышка, + учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение)

0- отсутствие

1- слабая

2- средняя

3- сильная

4- крайне сильная

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы.

0- отсутствие

1- утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в

животе

2- прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаатах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы.

0- отсутствие

1- тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил

2- любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы.

(Утрата либидо, менструальные нарушения)

0- отсутствие симптомов

1- слабо выраженные

2- сильно выраженные

15. Ипохондрия.

0- отсутствие

1- поглощенность собой (телесно)

2- чрезмерная озабоченность здоровьем

3- частые жалобы, просьбы о помощи

4- ипохондрический бред

16. Потеря в весе.

(оценивается либо А, либо Б)

А. По данным анамнеза.

0- отсутствие

1- вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием

2- явная (со слов) потеря в весе

3- не поддается оценке

Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно.

0- менее 0,5 кг. в неделю

1- более 0,5 кг. в неделю

2- более 1 кг. в неделю

3- не поддается оценке

17. Критичность отношения к болезни.

0- осознание болезни

1- осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой пищи, климата, переутомление и т.д.

2- полное отсутствие сознания болезни



•

### Приложение 3. Диагностика суицидальной напряженности

Пол		Мужской
Возраст		12-24, 45 и выше
Депрессия		Депрессивные состояния в прошлом, депрессия в настоящее время
Предыдущие попытки		Да
Зависимость от психоактивных веществ		Да
Потеря рационального мышления		Иррациональное мышление, психотическое состояние
Нехватка социальной поддержки		Нет семьи, друзей, круга общения
Конкретный план		Время, место, способ
		Летальность данного способа исполнения
		Легкость его исполнения
Отсутствие супруга (близкого человека)		Одинокий, овдовевший, разведенный, живущий отдельно
Болезни		Хроническое заболевание, сопровождающееся сильными болями и/или утратой трудоспособности, подвижности, с плохим медицинским прогнозом

#### Приложение 4. Диагностика стратегий совладания со стрессовой ситуацией

ОКАЗАВШИЕСЬ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, я ...		никогда	редко	иногда	част о
1	... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше - на следующем шаге	0	1	2	3
2	... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное - делать хоть что-нибудь	0	1	2	3
3	... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение	0	1	2	3
4	... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации	0	1	2	3
5	... критиковал и укорял себя	0	1	2	3
6	... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть	0	1	2	3
7	... надеялся на чудо	0	1	2	3
8	... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет	0	1	2	3
9	... вел себя, как будто ничего не произошло	0	1	2	3
10	... старался не показывать своих чувств	0	1	2	3
11	... пытался увидеть в ситуации что-то положительное	0	1	2	3
12	... спал больше обычного	0	1	2	3
13	... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы	0	1	2	3
14	... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь	0	1	2	3
15	... во мне возникла потребность выразить себя творчески	0	1	2	3
16	... пытался забыть все это	0	1	2	3
17	... обращался за помощью к специалистам	0	1	2	3
18	... менялся или рос как личность в положительную сторону	0	1	2	3
19	... извинялся или старался все загладить	0	1	2	3
20	... составлял план действия	0	1	2	3
21	... старался дать какой-то выход своим чувствам	0	1	2	3
22	... понимал, что сам вызвал эту проблему	0	1	2	3
23	... набирался опыта в этой ситуации	0	1	2	3
24	... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации	0	1	2	3
25	... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами	0	1	2	3

26	... рисковал напропалую	0	1	2	3
27	... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву	0	1	2	3
28	... находил новую веру во что-то	0	1	2	3
29	... вновь открывал для себя что-то важное	0	1	2	3
30	... что-то менял так, что все улаживалось	0	1	2	3
31	... в целом избегал общения с людьми	0	1	2	3
32	... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться	0	1	2	3
33	... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал	0	1	2	3
34	... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела	0	1	2	3
35	... отказывался воспринимать это слишком серьезно	0	1	2	3
36	... говорил о том, что я чувствую	0	1	2	3
37	... стоял на своем и боролся за то, чего хотел	0	1	2	3
38	... вымещал это на других людях	0	1	2	3
39	... пользовался прошлым опытом - мне приходилось уже попадать в такие ситуации	0	1	2	3
40	... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить	0	1	2	3
41	... отказывался верить, что это действительно произошло	0	1	2	3
42	... я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому	0	1	2	3
43	... находил пару других способов решения проблемы	0	1	2	3
44	... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах	0	1	2	3
45	... что-то менял в себе	0	1	2	3
46	... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось	0	1	2	3
47	... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться	0	1	2	3
48	... молился	0	1	2	3
49	.. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать	0	1	2	3
50	... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему	0	1	2	3

Учебное издание

**Фомин Федор Анатольевич**  
**Кирпиченко Андрей Александрович**

Диагностика и коррекция аффективных нарушений у пациентов с  
желчнокаменной болезнью

Методические рекомендации

Редактор Л.М. Иванова  
Технический редактор И.А. Борисов  
Компьютерная верстка Л.А. Гусева  
Корректор\_\_\_\_\_

Подписано в печать\_\_\_\_\_. Формат бумаги\_\_\_\_\_  
Бумага типографская №2. Компьютерный набор. Усл. печ. л.\_\_\_\_\_  
Тираж\_\_\_\_\_. Заказ\_\_\_\_\_.

Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»  
ЛП № 02330/453 от 30.12.2013  
Пр-т Фрунзе 27, 210023, г. Витебск